



Problématiser les usages

Madeleine Akrich, Cécile Méadel

► To cite this version:

Madeleine Akrich, Cécile Méadel. Problématiser les usages. Sciences Sociales et Santé, 2004, 22 (2), pp.5-20. halshs-00397199

HAL Id: halshs-00397199

<https://shs.hal.science/halshs-00397199>

Submitted on 19 Jun 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Problématiser la question des usages

Introduction au numéro.

Madeleine Akrich et Cécile Méadel*

Depuis plus de vingt ans, les technologies de l'information et de la communication ont connu dans le domaine de la santé un développement considérable, bien qu'inégalement réparti entre les différentes applications. Celui d'Internet est spectaculaire : la santé y représenterait aujourd'hui le secteur le plus actif à la fois du point de vue de la production, mesurée par le nombre de sites ou de forums de discussion, et de la consultation (Morris et al., 1997). Dans les pays fortement équipés, celle-ci a atteint des proportions considérables : en 2002, plus de cent millions d'Américains ont recherché des informations médicales sur Internet et plus de 40 % disent que cela a affecté les décisions qu'ils ont prises. À côté du web, on distingue un certain nombre d'applications qui, à défaut de s'être massivement répandues, ont fait l'objet d'une abondante littérature professionnelle, spéculant sur leurs retombées possibles et s'efforçant d'évaluer les expériences menées. Parmi ces applications, on peut citer l'informatisation des dossiers médicaux, la télésurveillance ou le télémonitoring de patients maintenus à domicile, la téléconsultation – le patient et le médecin sont rendus présents l'un à l'autre par un dispositif de visioconférence –, le télédiagnostic qui s'appuie sur la transmission de données ou d'images, les « staffs » à distance qui permettent à plusieurs médecins de discuter de cas et de mettre en commun leur expertise, la téléchirurgie, le télé-enseignement. Compte tenu de la diversité des activités en cause, on peut légitimement s'interroger sur la cohérence de l'ensemble formé par les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la santé.

Certains auteurs ont tenté de construire une typologie de ces applications ; se basant sur la logique des activités médicales, Vincent Hazebroucq (2003) distingue ainsi sept familles d'utilisation : échanger des avis entre professionnels, assister à distance les patients, surveiller à domicile, pratiquer des actes médicaux à distance, organiser la circulation de données dans un réseau de santé, délivrer des enseignements, participer à la gestion des systèmes de santé. Gunther Eysenbach (2001) choisit de

* sociologues au Centre de Sociologie de l'Innovation, Ecole des Mines, 60 bd Saint Michel, 75006 Paris.
madeleine.akrich@ensmp.fr, cecile.meadel@ensmp.fr.

classer les applications en fonction de la nature des relations qu'elles construisent, et les répartit en trois catégories empruntées au commerce électronique, le B2C : interactions entre patients et professionnels, le B2B : relations et échanges de données entre professionnels et le C2C : échanges entre patients seuls. On peut encore les caractériser par la logique qui préside à leur développement, ce qui permet de différencier deux grands types de projets. D'un côté, on voit, dans nombre de pays de pays développés, la mise en place de dispositifs appuyés sur les TIC qui visent à la rationalisation de l'organisation sanitaire (Bonneville, 2003) et à l'amélioration des soins (Carré & Lacroix, 2001, Cartwright, 2000). Il s'agit de renforcer la coordination entre les professionnels (voir par exemple l'article de Olesen et Markussen dans ce volume), de mobiliser plus rapidement et plus efficacement l'expertise des spécialistes, et de permettre aux populations éloignées des centres urbains de bénéficier d'un suivi médical de qualité. De l'autre, l'objectif est de permettre l'accès à l'information et d'accélérer sa circulation. Selon que l'on considère le monde professionnel ou celui des patients, les bénéfices attendus d'une telle évolution diffèrent : le partage par les médecins de l'information est supposé permettre une meilleure concordance des pratiques avec les données de la science et, à l'inverse, le progrès des connaissances doit s'enrichir par la mise en commun d'observations distribuées dans l'ensemble du monde médical ; pour les patients, l'enjeu est de nature politique : parce qu'ils ont désormais accès à l'information médicale, ils acquièreraient une capacité d'expertise susceptible de modifier en profondeur leurs relations au monde médical et de remettre en cause le modèle asymétrique, voire paternaliste, qui était précédemment la règle.

L'ambition de ce dossier de *Sciences sociales et Santé* n'est évidemment pas de confirmer ou d'infirmer ces assertions générales, mais plutôt de proposer des méthodes et des cadres conceptuels permettant d'analyser la manière dont l'implantation des TIC dans le domaine de la santé est susceptible de transformer les pratiques, les savoirs et les relations entre les différents acteurs impliqués. Notre propos dans cette introduction est de resituer, de ce point de vue, les articles présentés dans la très ample littérature consacrée aux relations entre TIC et santé et de montrer ce en quoi ils constituent des contributions originales à ces questions.

La volumineuse bibliographie que nous venons d'évoquer provient pour l'essentiel des professionnels de la santé, médecins ou spécialistes de l'informatique médicale, engagés dans une expérience qui requiert une technologie de l'information ou cherchant à évaluer les impacts possibles d'un dispositif donné. On trouvera comme exemples types de publications dans une revue scientifique entièrement vouée à ces questions, le *Journal of Medical Internet Research*¹, des articles portant sur la labellisation des sites médicaux, le jugement des médecins sur les échanges par messagerie électronique avec leurs patients, la présentation d'un programme de détection et de traitement de la dépression pour les jeunes par Internet, les facteurs

¹ <http://www.jmir.org/>

socioéconomiques explicatifs de l'utilisation d'Internet... Le *British Medical Journal*², qui, avec l'ensemble de ses éditions et de ses archives en ligne, offre une base de données spectaculaire, se penche tout particulièrement sur la qualité des informations du web, une grande source d'interrogations pour les médecins. Cette littérature est si prolixe qu'elle peine, fait significatif de l'immaturité d'une question, à converger : d'une spécialité médicale à l'autre, il n'y a, malgré l'abondance des citations, que peu de références partagées, de travaux fondateurs, de points de passages obligés sur une même question.

Quel que soit l'intérêt intrinsèque de ces travaux, ils se caractérisent le plus souvent par des approches à la fois normatives et positivistes, qui privent le sociologue, outre des détails dont il est si friand, d'une analyse détaillée du cas, de l'exposé du contexte, des conditions de l'expérimentation... De plus, opposant dans un face-à-face figé la technologie et ses usagers, nombre de ces travaux se donnent pour objectif de mesurer l'effet de l'une sur l'autre, en laissant de côté le plus souvent leurs conditions de mise en œuvre et interactions croisées.

En dépit de ces limites dans une perspective sociologique, cette littérature a du moins l'avantage de présenter une vue du domaine et d'explorer les interrogations nombreuses auxquelles sont confrontés les professionnels et les chercheurs. À côté de cette prolifération, la sociologie, comme l'anthropologie ou l'ethnologie, n'ont que peu de divisions à avancer : les articles publiés ici ont donc un caractère pionnier qu'il fallait souligner.

Nous nous proposons d'ordonner notre exposé en fonction de la question posée : comment problématiser la question des usages des TIC ? En conséquence, nous adopterons une grille de lecture qui, plutôt que de partir des diverses caractérisations des TIC évoquées plus haut, cherche à mettre en évidence les hypothèses à partir desquelles sont construites les analyses présentées : comment les technologies sont-elles conceptualisées ? De quelle manière l'articulation entre technologies, organisation, contexte d'usage est-elle pensée ? Quelles reconfigurations des relations et des compétences respectives des médecins et des patients sont envisagées ?

Les TIC comme facteur de performance

Dans ce premier ensemble de travaux, les technologies sont considérées comme des outils qui permettent d'améliorer le fonctionnement d'un système médical globalement adéquat quant à son organisation générale : grâce aux TIC, on approche toujours plus près d'un modèle qui place les savoirs spécialisés en haut de l'échelle des compétences, et se donne comme horizon l'application rigoureuse de la médecine des preuves. En diffusant plus largement auprès des médecins les résultats de la recherche, en facilitant l'accès à l'expertise des spécialistes, en favorisant la confrontation des avis, les TIC contribuent à l'élévation de la qualité des soins. Dans cette perspective, l'exercice de la médecine repose sur le recueil de données

² <http://bmj.bmjournals.com/>

« objectives » qui ne nécessite pas forcément l'interaction en coprésence physique du médecin et du patient : les technologies permettent le transport de ces données et leur rapprochement avec des sources interprétatives issues de la recherche ; elles sont donc de simples intermédiaires qui substituent le déplacement d'inscriptions (résultats d'analyses, imagerie médicale) au déplacement des patients, sans remettre en question l'organisation des soins, ni les pratiques médicales et encore moins le partage et la hiérarchie des compétences. Elles constituent principalement un vecteur d'optimisation dans l'allocation des ressources.

Les problèmes susceptibles de se poser sont essentiellement de nature technique (par exemple, les images transmises sont-elles d'une qualité équivalente aux images de départ ?), déontologique (le transport de l'information peut-il s'effectuer de façon sûre, sans mettre en péril le secret médical ?), éthique (droit du patient à être informé de la procédure de télédiagnostic), juridique (comment répartir clairement les responsabilités médicales, dans le cas d'une décision impliquant plusieurs professionnels ?) (Bonnin, 1999).

Un nombre important de travaux se concentrent sur l'évaluation médicale de ces nouvelles pratiques : compte tenu des coûts engendrés par la mise en œuvre de telles technologies, observe-t-on une amélioration sensible dans les prises en charge ? Dans le cas du télédiagnostic par exemple, on cherchera à voir si deux spécialistes, l'un en coprésence avec le patient, l'autre à distance, arrivent aux mêmes conclusions (Endean et al., 2001). Ou encore si le recours à un spécialiste, via la téléexpertise, conduit à une amélioration des traitements préconisés (Sezeur et al., 1999).

La place du patient est assez strictement encadrée dans un modèle où les compétences sont placées du côté des professionnels, ceux-ci ayant de plus le monopole de la définition de l'information pertinente pour le patient. On s'assure néanmoins de sa satisfaction, mais en plaçant la proposition de télé médecine dans un ensemble de possibilités prédéterminées : on lui demande par exemple de classer la téléconsultation par rapport à une consultation exigeant un grand déplacement ou un délai d'attente long, sans que soient envisagées d'autres possibilités comme une réorganisation du système de soins, ou la formation de personnel local (Frueh et al., 2000, Rohland, 2001), pratiques qui conduisent Mair et Whitten (2000) après l'examen de 32 études de satisfaction à dénoncer la pauvreté des données collectées et à plaider pour des explorations complémentaires.

La capacité d'action du patient est limitée à ce que veulent bien lui octroyer les médecins. Il peut être associé au suivi dans le cas de la télésurveillance, mais son rôle est clairement défini comme celui d'un auxiliaire médical dont la coopération permet le bon fonctionnement du dispositif, à l'exclusion de toute participation à l'interprétation et encore moins à la prise de décision (Finkelstein et al., 2000).

Tout dispositif qui, à l'inverse, donne la main au patient est perçu comme perturbant et potentiellement dangereux. Dans cette perspective, la disponibilité massive d'informations sur Internet suscite critiques et appréhensions. Est visée tout d'abord la qualité de l'information (Walstrom, 2001). Un des articles les plus cités par les praticiens (Impicciatore et al., 1997) concluait, en 1997, avec inquiétude, que les

informations données par Internet, en l'occurrence à des parents qui se seraient émus d'un problème de fièvre infantile, étaient de qualité très variable et le plus souvent incomplètes, un constat un peu dulcifié cinq ans plus tard (Pandolfini & Bonati, 2002). Lucidement, l'article soulignait que cela n'était pas une spécificité d'Internet, mais n'en appelait pas moins à un retour au praticien. De manière générale, le patient n'est pas considéré comme ayant des compétences lui permettant de séparer le bon grain de l'ivraie, ni même de sélectionner les informations pertinentes par rapport à son cas personnel : la profusion apportée par Internet apparaît alors comme une source de confusion, susceptible de détériorer la confiance absolue que le patient est supposé placer en son médecin, auquel il doit déléguer la conduite du processus menant à la guérison. Le pire est atteint, lorsque, armés de leurs documents glanés sur le web, les patients s'appuient encore sur un autre dispositif électronique, le e-mail, pour demander des explications inutiles, qui font perdre du temps aux médecins déjà surchargés (Kassirer, 2000, Moyer et al., 1999, Patt et al., 2003). Par ailleurs, ce trop-plein informatif a, selon les médecins, des effets secondaires redoutés : il augmente le stress des malades, leur tendance à la dépression et accroît leur solitude. Des chercheurs parlent même « d'usages pathologiques » pour les personnes qui consultent Internet à la suite de difficultés psychologiques ou professionnelles et qui seraient particulièrement solitaires (Bauerle & Kreps, 2003, Kraut et al., 1998).

Les TIC facteur d'émancipation du patient

A l'inverse des approches précédentes, qui inscrivent les TIC dans une vision quelque peu statique des pratiques médicales, cet ensemble de travaux les considère à la source d'une reconfiguration radicale. Il est question ici surtout d'Internet qui est supposé émanciper les patients de la tutelle des médecins : il met à leur disposition des sources d'information multiples, leur permet de rentrer dans les contenus médicaux, de trouver des pairs avec qui dialoguer, échanger des expériences, et in fine de constituer une expertise collective concurrente de celle des médecins. L'internaute est l'avenir de la médecine, pourrait-on dire en suivant Jadad (Jadad, 1999) et bien d'autres auteurs :

« Cette technologie constitue une révolution aussi importante en manière de délivrance des soins que celle créée en son temps par la rupture avec l'échoppe du barbier. Les gens y gagneront un pouvoir d'expertise qui leur permettra de mesurer les différentes options disponibles pour les soigner. Les diagnostics et les traitements seront dispensés de manière interactive et par voie électronique » (Rice, 2001).

« Internet est plus qu'un moyen de diffuser de l'information médicale. Il devient un environnement dans lequel les rôles traditionnels et les relations entre professionnels de la santé, journalistes et consommateurs d'information sont transformés, et les usagers apprécient d'avoir un contrôle croissant sur la sélection, la diffusion et même l'interprétation des informations médicales. » (Wikgren, 2001)

Ce type d'analyse, à caractère quasi prophétique, repose sur une assimilation des usages potentiels aux caractéristiques de l'offre d'information telle qu'elle a été rendue possible par la technologie ; ces caractéristiques sont au nombre de trois : la disponibilité des informations, en tout temps, en tout lieu, qui, dans le domaine médical, est considérée comme une rupture fondamentale avec la situation précédente (Ball & Lillis, 2001), la quantité d'information qui nourrit « l'extase d'Internet » (Finkielkraut & Soriano, 2001), la diversité de ces informations, innovation majeure, puisque l'internaute peut naviguer entre des contenus provenant aussi bien des chercheurs, des institutions gouvernementales, des laboratoires pharmaceutiques, des journalistes et des patients eux-mêmes.³

Certes, ces considérations s'appuient en particulier sur l'analyse de quelques dispositifs qui permettent de voir les internautes en action : observant des personnes à la recherche d'informations médicales sur Internet, Eysenbach et Köhler (2002) montrent que loin d'être dépourvues, elle disposent d'un ensemble de catégories de jugements qui leur permettent d'opérer des tris, d'évaluer la fiabilité et la pertinence de l'information. D'autres travaux, portant sur les listes de discussion, décrivent la manière dont les locuteurs se saisissent des arguments médicaux, font preuve d'une capacité critique et d'une réflexivité remarquables (Akrich & Méadel, 2002, Wikgren, 2001).

Mais, pour passer de ces analyses locales au discours qui fait d'Internet le lieu d'une révolution des relations patients-professionnels, les auteurs font l'impasse sur la question des conditions spécifiques qui ont permis la constitution de cette expertise collective et individuelle. S'arrêtant à la surface des écrans, ils oublient aussi d'interroger la relation entre ce que donne à voir Internet et ce qui lui échappe, à savoir le quotidien des patients et leurs interactions avec les professionnels. Tout se passe comme si les nouvelles attaches créées par le web étaient capables instantanément de libérer les patients de leurs anciennes attaches : au patient englué dans une relation paternaliste au médecin, est substitué un patient actif, réflexif, autonome. Bien sûr, il est d'autres lieux contemporains où s'observe une telle transformation du patient ; mais les chantes de l'Internet les ignorent pour mieux réattribuer à la technologie seule l'origine de ce mouvement. Du coup, ils passent à côté de ce qui fait la spécificité de ce médium et sont impuissants à décrire la manière dont il permet d'articuler différemment les problèmes, les ressources et les formes d'engagement qui conduisent à faire évoluer la figure du patient et ses relations avec le monde médical. Dans l'article présenté dans ce volume, Michael Hardey tente, de manière beaucoup approfondie que nous ne le faisons ici, de faire le bilan des travaux existant sur ces questions, en montrant comment l'appréhension des transformations du patient liées à Internet est tendue entre deux formes d'évaluation contradictoires : d'un côté, l'indifférenciation des contenus est riche de reconfigurations possibles, de l'autre, elle ne conduit qu'à la confusion et au chaos. Il conclut, pour sortir de cette impasse, sur la nécessité de s'engager sur de nouvelles

³ sur les différentes formes d'engagement des patients sur leurs sites web : (Hardey, 2002).

pistes de recherche, qui, en particulier, redonnent aux contextes d'usage toute leur épaisseur.

Et, en effet, malgré leurs différences flagrantes, entre autres choses dans la manière de concevoir le patient, les deux grands types d'analyse que nous avons dégagés jusqu'à présent partagent au fond un même aveuglement aux contextes dans lesquels les technologies sont utilisées : elles méconnaissent le fait que dans toute technologie est inscrite une certaine définition plus ou moins figée de l'organisation dans laquelle elle est appelée à être utilisée, de la répartition des compétences et des capacités d'action des différents acteurs supposés s'en saisir, de l'environnement technico-matériel qui lui permettra de fonctionner. Comme elles méconnaissent symétriquement que l'utilisateur, par la manière dont il s'en saisit, dont il l'associe à d'autres activités ou d'autres dispositifs, est susceptible d'en redéfinir les contours et les finalités (Akrich, 1987 et 1998, Latour, 1993). Les autres articles réunis dans ce volume ont pour point commun, chacun à sa manière et sur des objets qui lui sont propres, d'expérimenter une manière d'échapper à ces travers, en adoptant une perspective clairement située et en cherchant à rendre compte de la manière dont les usages se constituent au point de rencontre entre le monde porté par les technologies et celui porté par les usagers, redéfinissant dans le même geste chacun de ces deux termes.

Vers une remise en situation des usages

Ce mouvement de recontextualisation des usages a été amorcé par des travaux antérieurs, tout d'abord pour tenter de rendre compte de l'écart entre les promesses dont les TIC semblaient porteuses et la faiblesse des réalisations effectives, en particulier dans le domaine de la télémedecine (May et al., 2001, Roine et al., 2001), et dans celui de l'informatisation des dossiers médicaux.

Recomposition des techniques, des pratiques et des organisations

Dans ces projets insérés dans l'univers professionnel, plusieurs éléments resurgissent au premier plan alors qu'ils ne devaient leur servir que de toile de fond.

Tout d'abord, l'intégration des projets dans l'organisation existante apparaît souvent délicate (Tiers et al., 2000). L'implantation d'un dossier médical informatisé dans quatre hôpitaux québécois a par exemple entraîné une véritable désorganisation du service : visant classiquement une rationalisation organisationnelle, le projet comportait une dimension prescriptive forte qui ne correspondait pas aux pratiques et qui a mis en évidence un certain nombre de problèmes que de petits « bricolages » quotidiens permettaient de résoudre (Lehoux et al., 1999). A Paris, la mise en place d'un réseau de neuroradiologie qui permettait en principe d'éviter de déplacer les patients d'un hôpital à l'autre pour aller consulter un spécialiste s'est heurté à la difficulté d'organiser une gestion temporelle qui permette la bonne coordination entre les deux hôpitaux. L'expert ne pouvait délivrer son avis que bien après avoir reçu les images, ce qui impliquait souvent de faire revenir le patient de son domicile, autrement dit occasionnait un déplacement que le système avait pour objectif

d'éliminer (Carré et Lacroix, 2001). D'autres analyses insistent sur le fait que la plupart des projets de télémédecine reposent et même installent formellement une asymétrie dans l'expertise, une hiérarchie des personnes et des compétences qui peuvent être assez mal vécues par certains praticiens. Par ailleurs, ils font fi des relations privilégiées que chaque médecin entretient avec un petit groupe d'autres praticiens auxquels il réfère les patients (Lehoux et al., 2002).

En second lieu, les analyses font ressortir avec force le cadre de la consultation, tant du point de vue des relations qu'elle permet d'établir entre médecin et patient que de celui des ajustements techniques qu'elle requiert et dont l'éloignement physique transforme la nature. Plusieurs études de consultation psychiatrique par courrier électronique mettent en évidence des transformations du cadre qui peuvent s'avérer adaptées à certains patients et certaines pathologies (Gabbard, 2001, Grunwald & Busse, 2003). En revanche, l'évaluation des téléconsultations est plus mitigée, car, ici, difficile d'éviter la comparaison avec la situation de référence, une consultation en coprésence. L'étude d'un service de consultation psychiatrique en Angleterre par visiophonie entre deux centres disjoints montre qu'un tel dispositif exige de sérieux ajustements de la pratique médicale (May et al., 2001). Il modifie substantiellement la forme des rencontres entre le patient et le professionnel, en particulier du point de vue des interactions. Les praticiens constatent d'abord que le principal bénéfice pour les patients (ne plus attendre six mois pour avoir un rendez-vous) s'avère un vrai handicap pour eux : les états « volatils », écartés de fait par un agenda surchargé, ne sont plus filtrés. Le visiophone modifie surtout le déroulement de la consultation ; il force à voir. La manière de se présenter devient par exemple problématique ; le modèle implicite était celui de la conversation téléphonique ; or les praticiens s'aperçoivent qu'ajouter la vue et le regard rend l'échange beaucoup plus exigeant, plus contraignant. L'écran ne permet plus de toucher, la sonorisation rend difficiles les interruptions. Les signaux corporels ne sont plus nécessairement perceptibles, ce qui, quelle que soit la spécialité en cause, est généralement considéré comme une sérieuse limitation (Lehoux et al., 2002) : le diagnostic y apparaît en conséquence comme une activité complexe qui mêle informations objectives et données subjectives produites dans l'interaction. Comment construire sur ces bases une nouvelle forme de consultation en prenant en compte l'écran, la caméra et le micro ? Par ailleurs, la nécessité dans certaines spécialités de disposer à côté du patient d'un intervenant médical introduit une modification substantielle et parfois perturbante dans les pratiques : apparaît le fait que pour les experts, nombre d'examen sont perçus comme technique dépendants et donc difficilement déléguables à des intervenants non spécifiés. (Lehoux et al., 2002)

Autrement dit, pour que ces technologies puissent fonctionner conformément à ce qui est attendu d'elles, on constate qu'une série de réglages et d'ajustements dans l'organisation, dans la répartition des tâches, dans les relations avec le patient, dans les pratiques elles-mêmes sont nécessaires. C'est précisément à l'analyse méticuleuse de ce travail que les articles de Olesen & Markussen et de Mondada s'attellent, débouchant sur une nouvelle perspective qui fait des TIC de véritables analyseurs des pratiques médicales. Parce que l'introduction de ce nouvel élément force à toutes

sortes de déplacements, petits ou grands, elle désigne en même temps le point de départ à partir duquel s'opèrent ces décalages, elle rend explicite ce qui se logeait dans les replis des routines organisationnelles, pratiques, cognitives. Dans les deux articles, cette explicitation n'est pas le privilège de l'analyste, mais est bien produite par les acteurs impliqués, voire même l'objectif désigné de l'expérience, dans le cas de la téléchirurgie étudiée par Mondada. Plus encore, elle résulte pour une grande part du travail collectif que l'expérimentation rend possible et même exige ; elle ne se confond pas avec l'addition de points de vue différenciés mais les recompose et stabilise ce nouvel agencement dans les pratiques qui s'organisent autour de l'utilisation du dispositif technique, et par là même nous livre la clé qui permet de comprendre le processus par lequel technologies et organisation sociale se définissent réciproquement.

De l'internaute au patient

Du côté des patients, l'interrogation sur les limites de ce que donne à voir l'Internet lui-même et sur les extrapolations possibles ont conduit certains chercheurs à entrer plus avant dans la description des contextes d'utilisation.

En premier lieu, l'environnement matériel et physique est apparu comme un élément déterminant des formes d'usage : une étude menée par focus groupes au Canada où 99% des jeunes sont connectés, montre par exemple qu'un des principaux thèmes évoqués par les jeunes dans les entretiens n'est pas la possibilité de l'accès mais les conditions dans lesquels il est possible. Lorsque la connexion s'effectue dans un lieu public, ou sur un ordinateur qui n'appartient pas à l'utilisateur, la recherche d'informations médicales pose d'abord des problèmes de respect de l'intimité, d'accès à certains sites interdits par les filtres ou par une durée de connexion trop brève (Skinner et al., 2003). Reste à comprendre ce que recouvre en fait cette notion d'intimité, dans un espace où les acteurs se cachent derrière des pseudonymes, mais se racontent, dévoilent des pans de leur intimité corporelle, évoquent leurs sentiments et sensations, multiplient leurs identités.

En second lieu, les chercheurs se sont intéressés au réseau social dans lequel évoluent les internautes et aux relations possibles entre l'étendue de ce réseau et l'intensité du recours à Internet. Dans un premier temps, les travaux ont plutôt insisté sur la faiblesse des liens sociaux des internautes qui irait croissante à mesure que la pratique s'intensifie (Kraut et al., 1998). Ces approches ne tranchent pas la question du rôle de la technologie : est-ce le recours à Internet qui modifie le comportement des personnes, les rendant plus solitaires ou sont-ce les solitaires qui sont plus attirés par Internet ? Les études ultérieures ont tendance à introduire des différenciations, par exemple en soulignant que les caractéristiques individuelles, psychologiques et sociales déterminent des usagers différents d'Internet, et partant des effets contrastés sur la force de leurs liens sociaux. (Kraut et al., 2002) a un peu revisité leur « paradoxe » (les TIC isolent) pour montrer qu'il tend à s'affaiblir historiquement, ou plus exactement que la fréquentation du web amplifie les différences interindividuelles : elle isole toujours plus les solitaires et étend les réseaux de socialisation des plus extravertis. Cette analyse est nuancée par Turner et al. (2001)

pour qui les listes de discussion apparaissent comme une compensation de liens sociaux faibles, et contredite par Fogel et al. (2002) pour qui, en tout état de cause, l'utilisation d'Internet entraîne un soutien plus important et une moindre solitude. L'incapacité de ces différents travaux à trancher en faveur de l'une ou l'autre hypothèse, et plus encore à produire un modèle d'interprétation qui permette de rendre intelligible la coexistence de l'une avec l'autre, est à mettre en relation avec les méthodes utilisées : ils ont en commun de s'appuyer sur des enquêtes qui cherchent à corréliser de l'extérieur deux ensembles de données – la pratique d'Internet, le réseau social – sans se donner à aucun moment les outils permettant de saisir les articulations existant entre elles.

Enfin, dans une perspective assez similaire, de nombreuses enquêtes ont pour objet de corréliser les usages avec des caractéristiques socioprofessionnelles, avec la culture des personnes, leur âge, leur sexe, leur origine et leurs relations à la science ou à la médecine (Kakai et al., 2003), ou encore le type de pathologies rencontrées (Fogel et al., 2002).

Là encore, il s'agit de juxtaposer des variables descriptives plutôt de comprendre l'imbrication dans la vie quotidienne de différentes formes d'action. De fait, peu de travaux ont essayé de décrire, en partant de l'utilisateur, la place qu'occupe l'Internet dans son univers : c'est ce qui fait l'originalité et l'intérêt de l'article proposé par Sally Wyatt et ses collègues. Le choix effectué par les auteurs de partir des problèmes et des expériences des patients plutôt que du rapport aux technologies introduit une rupture forte par rapport à la plupart des travaux. Il conduit à relativiser l'influence du médium sur le comportement des individus, mais surtout au fond à disqualifier les recherches présentées précédemment : il permet de déployer la diversité des usages et de décrire comment ils se constituent, dans une dynamique qui fait jouer un ensemble d'éléments hétérogènes (entourage, accès, pathologie en cause, le rapport au médecin, les circonstances particulières) dont l'agencement n'est pas stabilisé une fois pour toutes.

On l'aura compris, notre propos en rassemblant les contributions présentées dans ce numéro était de montrer qu'au delà de la diversité des dispositifs étudiés, une nouvelle voie d'exploration des relations entre médecine et technologies de l'information et de la communication était possible et nécessaire, qui s'attache à décrire la manière dont les interactions entre ces deux termes se construisent localement et aboutissent à des reconfigurations technico-sociales.

Références bibliographiques.

Akrich M., 1987, Comment décrire les objets techniques?, *Techniques et Culture*, 9, 49-64.

Akrich M., 1998, Les utilisateurs, acteurs de l'innovation, *Education permanente*, "L'innovation en Question", 1, 134, 79-90.

- Akrich M. et Méadel C., 2002, Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques, *Sciences Sociales & Santé*, 20, 1, 89-116.
- Ball M. J. et Lillis J., 2001, E-health: transforming the physician : patient relationship, *International Journal of Medical Informatics*, 61, 1-10.
- Bauerle B. S. et Kreps G. L., 2003, How will internet use affect the patient? A review of computer network and closed internet-based system studies and the implications in understanding how the use of the Internet affects patient populations, *Journal of health psychology*, 8, 1, 25-38.
- Bonneville L., 2003, *La mise en place du virage ambulatoire informatisé comme solution à la crise de productivité du système sociosanitaire au Québec (1975 à 2000)*, Thèse de doctorat en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Bonnin A., 1999, Télémagerie médicale: une chance pour l' avenir. Discussion, *Bulletin de l'Academie nationale de medecine*, 183, 6, 1123-1136.
- Carré D. et Lacroix J.-G., 2001, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan.
- Cartwright L., 2000, Reach out and heal someone: telemedicine and the globalization of health care, *Health*, 4, 3, 347-377.
- Endean E. D., Mallon L. I., Minion D. J., Kwolek C. J., Schwarcz T. H. et Littooy F. N., 2001, Telemedicine in vascular surgery : Does it work? Discussion, *The American surgeon*, 67, 4, 334-341.
- Eysenbach G., 2001, What is e-health?, *Journal of Medical Internet Research*, 3, 2, e20 (<URL: <http://www.jmir.org/2001/2/e20/>, 15 décembre 2003).
- Eysenbach, G. et Köhler C., 2002, How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews, *British Medical Journal*, 324, 573-577.
- Finkelstein J., Cabrera M. R. et Hripcsak G., 2000, Internet-based home asthma telemonitoring : Can patients handle the technology?, *Chest*, 117, 1, 148-155.
- Finkelkraut A. et Soriano P., 2001, *Internet, l'inquiétante extase*, Paris, Mille et une nuits.
- Fogel J., Albert S., Schnabel F., Ditkoff B. et Neugut A., 2002, Internet use and social support in women with breast cancer, *Health Psychology*, 21, 4, 398-404.
- Forkner-Dunn J., 2003, Internet-based Patient Self-care: The Next Generation of Health Care Delivery, *Journal of Medical Internet Research*, 5, 2, <URL:<http://www.jmir.org/2003/2/e8/>> le 18 décembre 2003).
- Frueh B. C., Deitsch S. E., Santos A. B., Gold P. B., Johnson M. R., Meisler N., Magruder K. M. et Ballenger J. C., 2000, Procedural and Methodological Issues in Telepsychiatry Research and Program Development, *Psychiatric Services*, 51, december, 1522-1527.
- Gabbard G. O., 2001, Cyberpassion: E-rotic transference on the internet, *The Psychoanalytic quarterly*, 70, 4, 719-737.
- Grunwald M. et Busse J. C., 2003, Online consulting service for eating disorders? analysis and perspectives, *Computers in Human Behavior*, 19, 4, 469-477.
- Hardey M., 2002, "The story of my illness": personal accounts of illness on the internet, *Health*, 6, 1, 31-46.

- Hazebroucq V., 2003, *Rapport sur l'état des lieux en 2003 de la télémedecine française*, Paris, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies.
- Impicciatore P., Pandolfi C., Casella N., Bonati M. et Wyatt J., 1997, Reliability of health information for the public on the world wide web : systematic survey of advice on managing fever in children at home, *British Medical Journal*, 314, 7098, 1875-1881.
- Jadad A. R., 1999, Promoting partnerships: challenges for the internet age, *BMJ*, 319, 761-764.
- Kakai H., Maskarinec G., Shumay D. M., Tatsumura Y. et Tasaki K., 2003, Ethnic differences in choices of health information by cancer patients using complementary and alternative medicine: an exploratory study with correspondence analysis, *Social Science & Medicine*, 56, 4, 851-862.
- Kassirer J., 2000, Patients, physicians, and the Internet, *Health Affairs*, 19, 6, 115-123.
- Kraut R., Kiesler S., Boneva B., Cummings J., Helgeson V. et Crawford A., 2002, Internet Paradox Revisited, *The Journal of Social Issues*, 58, 1, 49-74.
- Kraut R., Lundmark V., Patterson M., Kiesler S., Mukhopadhyay T. et Scherlis W., 1998, Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being?, *American Psychologist*, 53, 9, 1017-1031.
- Latour B., 1993, *La clef de Berlin et autres leçons d'un amateur des sciences*, Paris, La Découverte.
- Lehoux P., Sicotte C. et Denis J.-L., 1999, Assessment of a computerized medical record system: disclosing scripts of use, *Evaluation and Program Planning*, 22, 4, 439-453.
- Lehoux P., Sicotte C., Denis J.-L., Berg M. et Lacroix A., 2002, The theory of use behind telemedicine: ; how compatible with physicians' clinical routines?, *Social Science & Medicine*, vol. 54, n°6, 889-904.
- Mair F. et Whitten P., 2000, Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine, *British medical journal International*, 320, 7248, 1517-1520.
- May C., Gask L., Atkinson T., Ellis N., Mair F. et Esmail A., 2001, Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry, *Social Science & Medicine*, 52, 12, 1889-1901.
- Morris T., Guard J., Marine S., Schick L., Haag D., Tsipis G., Kaya B. et Shoemaker S., 1997, Approaching Equity in Consumer Health Information Delivery - Netwellness, *Journal of the american medical informatics*, 4, 1, 6-13.
- Moyer C., Stern D., Katz S. et Fendrick A., 1999, "We got mail": Electronic communication between physicians and patients, *American Journal of Managed Care*, 5, 12, 1569-71.
- Pandolfini C. et Bonati M., 2002, Follow up of quality of public oriented health information on the world wide web: systematic re-evaluation, *British Medical Journal*, 324, 582-583.
- Patt M. R., Houston T. K., Jenckes M. W., Sands D. Z. et Ford D. E., 2003, Doctors Who Are Using E-mail With Their Patients: a Qualitative Exploration, *Journal of Medical Internet Research*, 5, 2, URL: www.jmir.org/2003/2/e9, 18/12/03.

- Rice R., 2001, The Internet and Health Communication: A Framework of Experiences, In Rice R. E., Katz J. E., eds, *The Internet and Health Communication. Expectations and experiences*, London, Sage, 5-46.
- Rohland B. M., 2001, Telepsychiatry in the Heartland: if we build it, will they come?, *Community mental health journal*, 37, 5, 449-459.
- Roine R., Ohinmaa A. et Hailey D., 2001, Assessing telemedicine: a systematic review of the literature, *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 18, September, 765-771.
- Sezeur A., De Gramont A., Touboul E., Beaugerie L., Gallot D., Cattan S., Betton P. O., Carbonnel F., Martel P., Tarlat E., Louvet C., Cosnes J., Housset M. et Malafosse M., 1999, Apport de la télémedecine appliquée a la cancérologie digestive, *Gastroentérologie clinique et biologique*, 23, 3, 342-347.
- Skinner H., Biscope S. et Poland B., 2003, Quality of internet access: barrier behind internet use statistics, *Social Science & Medicine*, 57, 5, 875-880.
- Tiers G., Capon C. et Clemente H., 2000, Télémedecine en region Nord-Pas-de-Calais (France), *Itbm Rbm*, 21, 5, 271-274.
- Turner J. W., Grube J. A. et Meyers J., 2001, Developing an Optimal Match within Online Communities : An Exploration of CMC Support Communities and Traditional Support, *Journal of Communication*, 51, 2, 231-251.
- Walstrom M. K., 2001, Eating Disorder Resources on the Internet, *A Quarterly of Women's Studies Resources*, 23, 1, 31-35.
- Wikgren M., 2001, Health discussions on the Internet: A study of knowledge communication through citations, *Library & Information Science Research*, 23, 305-317.